

Dijagnosticiranje kao pretpostavka tretmana

Nivex Koller-Trbović

Fakultet za defektologiju, Odsjek za poremećaje u ponašanju

Sažetak

Pretpostavka svake adekvatne intervencije društva usmjerene na pomoć djeci i mladeži s poremećajima u ponašanju, njihovim obiteljima, a time i društvu u cjelini, jest dobro poznavanje pojave, njena klasifikacija, te realne mogućnost tretiranja, odnosno interveniranja. U tom procesu uloga dijagnosticiranja je od ključnog značaja i nosi ljudsku i profesionalnu odgovornost za budućnost ove djece i njihovih obitelji. Kako u tom cijelom procesu, pa tako i u dijagnostičkom, još uvijek postoji niz nepoznanica i nesigurnosti, te praktičnih nedorečenosti i otvorenih pitanja, a što utječe na kvalitetu dijagnostičkog, pa tako i tretmanskog procesa, prisutni su stalni naponi u traženju novih i boljih rješenja, kako na praktičnoj, tako i na teorijskoj i znanstvenoj razini. Stoga se u ovom tekstu daje prikaz nekoliko (3) modela i pristupa iz nama susjednih europskih država, a kojima je cilj unaprijeđivanje dijagnostičkog, a time i tretmanskog procesa djece i mladeži s poremećajima u ponašanju.

Ključne riječi: dijagnosticiranje, djeca i mladi, poremećaji u ponašanju, tretman.

1. Uvod

Prateći noviju stručnu i znanstvenu literaturu iz nama bliskih europskih država, iz područja socijalne pedagogije, odnosno poremećaja u ponašanju djece i mladeži, moguće je uočiti nekoliko osnovnih tendencija, smjernica koje zadiru i u znanost i u praksu, a interesantne su i za nas u Hrvatskoj koji se bavimo djecom i mladeži s poremećajima u ponašanju. Te tendencije odnose se, prije svega, na poboljšanje kvalitete rada, a time i na povećanje efekata toga rada u spomenutom području, pri čemu se posebno naglašava:

- nužnost procesa odlučivanja – dijagnosticiranja, u centru je interesa kao *conditio sine qua non* za početak svakog tretmana
- pitanje diferenciranog tretmana, odnosno, pitanje vrste intervencije koja može proizvesti najbolje rezultate.

Iako se ne radi o novim pitanjima, želi se ukazati na teškoće s kojima se pri tome nezaobilazno susrećemo, kao i na potrebu stalnog istraživanja i preispitivanja dijagnostike i tretmana, kako na znanstvenoj, tako i na stručno-praktičnoj razini rada s ovom populacijom djece i mladeži.

Mi u Hrvatskoj svakodnevno se nalazimo pred zidom istih pitanja, nedoumica i nesigurnosti. Ipak, dosadašnja razina znanosti i stručnosti na tom području predstavlja relativno sigurnu pretpostavku profesionalnog pristupa i mogućnosti rješavanja problema. Dapače, treba naglasiti da naša znanost i praksa nisu daleko od stranih modela koji su nam uzor, mada usljed različitih, posebno objektivnih teškoća i događanja, ne prati u posljednje vrijeme dovoljno te tendencije.

Posebno bih se željela osvrnuti na područje tzv. dijagnosticiranja poremećaja u ponašanju djece i mladeži (mada je gotovo nemoguće promatrati ga odvojeno od područja tretmana), koje je od samog početka privlačilo prilično pažnje i stalne kritike raznih krugova. To nimalo ne čudi ukoliko se poznaje ovo područje i problemi koji iz njega proizlaze.

No, prije svega potrebno je osvrnuti se na sam termin dijagnosticiranja i njegov pojam. Kako to, obično, biva u području kojim se bavimo, moguće je tvrditi da su pojmovna određenja uglavnom dobra, kvalitetna, odgovarajuća, ali se radi o neadekvatnosti termina. Stoga se danas na ovom području koriste ili pokušavaju uvesti termini koji bi

precizirali djelatnost, a nebi zvučali pežorativno za one na koje se odnose, odnosno, koji bi odavali moderan pristup i cilj već u samom nazivu, kao npr. postupak utvrđivanja potencijala klijenta, programiranje tretmana, plan pomoći i sl.. Treba, ipak, reći da se termin dijagnosticiranje još uvijek najčešće koristi i kao takav je prepoznatljiv u svojoj biti. Stoga je u središte interesa potrebno staviti cilj i svrhu tog procesa koji se prvenstveno odnosi na procjenu mogućih postignuća pojedinca na određenim područjima socijalne integracije i osobne kompetencije, moguće reakcije na programe pomoći i tretmana, odnosno konkretne načine neposrednog rada s pojedincem i/ili njegovom sredinom.

U odnosu na stavove o nužnosti i potrebi dijagnosticiranja i odgovornosti za djecu i mladež s poremećajima u ponašanju, njihove obitelji i društvo uopće, nije bilo razilaženja o njenoj potrebi, odnosno na tom području postoji usaglašenost stručnih djelatnika. Kritike se, međutim, odnose na sadašnju razinu i način rada, pri čemu posebno na neke probleme: problem povezivanja diferencirane dijagnoze s diferenciranim tretmanom, nedostatak znanstvenih istraživanja o vezi dijagnostike i tretmana, nedostatak općevažećih klasifikacija, nedovoljno slaganje među stručnjacima itd. Iz toga proizlazi da se ne radi o negiranju potrebe dijagnostičkog procesa kao pretpostavke uspješnog tretmana, već o potrebi unošenja određenih promjena u sadašnji stil rada, tj. o poboljšavanju kvalitete postojećeg. Naime, teško je pretpostaviti da bi bilo tko, a ne samo stručna osoba, željela da je se prvo liječi, a potom dijagnosticira ili prvo sudi, a potom utvrđuje krivica i sl. Vjerojatno nije potrebno niza nje daljnjih primjera. Pitanje je, stoga, zašto je toliko kritike upućeno na proces dijagnosticiranja djece i mladeži s poremećajima u ponašanju, kada je poznato da se radi o vrlo osjetljivim odlukama, izuzetno odgovornim, koje zadiru duboko u život i budućnost djece i mladih, kao i njihovih obitelji. Vjerojatno se radi o nedovoljnom poznavanju područja i o lošoj praksi, koja, treba reći, je često onakva kakva može biti, budući joj nedostaju pretpostavke za kvalitetniji rad (sustavno određenje odnosa društva prema ovoj populaciji, znanje, kadar, objektivne mogućnosti provedbe i provjere, nedovoljno diferenciranog tretmana...). Nadalje, problemi dijagnosticiranja djece i mladeži s poremećajima u ponašanju usko su vezani uz određene pretpostavke, kao npr. timski rad stručnjaka različitih profila, što znači da na jedno dijete dolazi tim stručnjaka, dok je inače u tretmanu često slučaj da jedan stručnjak dolazi na skupinu djece (10-15). Osim toga, problemi često proizlaze iz nekvalitetnog, uglavnog tzv. agregatnog timskog rada, što sigurno predstavlja opravdanu kritiku i potrebu mijenjanja takve prakse. Zatim, pitanje etiketiranja djeteta i

obitelji, mada treba reći da dijagnosticiranje već dugo ne znači »dodjeljivanje« dijagnoza, već usmjeravanje prema budućem radu i tretmanu prema potrebama konkretnog djeteta i njegove sredine, ali i prema objektivnim mogućnostima konkretne sredine. Nadalje, tu su problemi nedostatka diferenciranog tretmana, kao i istraživanja utjecaja diferenciranog tretmana na određene oblike poremećaja u ponašanju djece i mladih i/ili na njihove osobnosti. Sigurno se ne radi o beznačajnim problemima, ali je nužno dalje tražiti, istraživati, provjeravati, koristiti spoznaje onih koji su na tom području ispred nas, imati sluha za potrebe populacije, biti odgovoran, postupati profesionalno jer u suprotnom, to bi značilo ne samo odustajanje od problema i njihova rješavanja, već omalovažavanje problema, rad metodom pokušaj -pogreška i vraćanje na stara, sigurno nedovoljno dobra rješenja za današnje uvjete.

Treba reći da uloga dijagnostičkih timova danas treba biti raznovrsnija no što je to sada, pa tako se može navesti primjer Sagebiel-ove (1996, str. 191) koja govori o radu s problematičnim učenicima u školi, te navodi da u tim slučajevima trebaju biti uključeni stručnjaci koji rade ambulantno u školi, a rad planiraju i izvode na 3 razine: rad s učenicima i razredom, rad s nastavnicima i školom i rad s roditeljima. Autorica navodi, kako iskustvo pokazuje, da se obično nakon pola ili jedne godine takvog koordiniranog rada stručnjaci koji rade ambulantno mogu sukcesivno povući, a započeti rad nastavljaju nastavnici ili kod teških slučajeva, osim pomoći u školi, potrebno je pristupiti i drugim vidovima tretmana.

Iako strani autori navode da je proces odlučivanja i početak programa krucijalno pitanje za posljedice budućeg tretmana, odnosno razvoja u tom procesu (Lennhoff, 1967; Schwarzenbach, 1968; Schouten, Hirsch i Blainkstein, 1974; Knorth, 1987 – prema Van den Bergh, 1992), isti i mnogi drugi autori, smatraju, također, da su te situacije odlučivanja pune nesigurnosti jer nema znanstveno korisnih znanja za indikaciju vrste intervencije koja može proizvesti najbolje rezultate. Iako je to točno, dosadašnje spoznaje ukazuju na nužnost tog procesa jer je on do sada jedini i za sada najbolji način utvrđivanja potreba djece i mladih s poremećajima u ponašanju za konkretnim tretmanom. Odnosno, kako je poznato, recepata nikada neće niti biti, već je visoka stručnost, profesionalnost i odgovornost osoba koje rade s ovom populacijom garancija kvalitete kreiranja individualnih potreba unutar određenih, postojećih okvira. Već spomenuti autori smatraju da problemi na ovom području ne proizlaze samo iz nedovoljnih znanja, već, kako neka istraživanja pokazuju, iz razloga što stručnjaci često ignoriraju relevantne informacije ili odbijaju

uzeti u obzir više informacija (De Bruyn, 1987; Knorth, 1987; Van der Pligt, 1988 – prema Van den Bergh, 1992). Na ovom mjestu je moguće prepoznati i neka slična ponašanja kod nas, kada se odluke možda olako donose i prisutan je stav da nije potrebno detaljnije dijagnosticiranje, a kada se proces tretmana ne pokaže efikasnim., odluke se opet donose paušalno, sve dok se, obično, ne iscrpe mogućnosti interveniranja i utvrdi da se ne zna šta s tom osobom učiniti, te se tada upućuje na dijagnosticiranje ili vještačenje. Jasno je da se tada radi najčešće o namjeri da se dobije na vremenu i da se samo kratkoročno problem prebaci na druge. Stoga treba reći da je jedan od glavnih zaključaka empirijske studije Van den Bergh-a (1992) da se oni koji donose odluke moraju potruditi sakupiti relevantne i dovoljne informacije o klijentu jer je to temeljni uvjet za adekvatan proces. Tu je moguće navesti razmišljanja i prijedloge i drugih autora koji, također naglašavaju nužnost i potrebu odgovornog planiranja, odnosno programiranja rada s djetetom ili maloljetnikom s poremećajima u ponašanju, a to se treba temeljiti na pouzdanoj dijagnozi (Bašić, Žižak, 1992; Mollenhauer, Uhlendorff, 1995; Mueller, 1994). Dodala bih, da ne samo da se radi o pouzdanom dijagnosticiranju kao temelju tretmana, intervencije, već se radi o procesu na čijem jednom kraju je dijagnosticiranje, a na drugom interveniranje, i koji je od početka do kraja međusobno prožet i međusobno se uvjetuje (posebno kada se radi o procesu socijalnopedagoškog dijagnosticiranja i interveniranja). Time se samo želi ukazati na vrlo tanke granice između spomenutih etapa zajedničkog procesa što je posebno važno zanti kada se radi o neposrednom radu, dok je u cilju boljeg istraživanja, tumačenja i razumijevanja tog procesa ispravniji odvojeni pristup.

Osim navedenog, razdoblje diajagnosticiranja koje prethodi određenom tretmanu važno je iz razloga što priprema djecu i mlade na ono što slijedi (Keulen, 1992), a dodala bih, što omogućava ne samo pasivno pripremanje djeteta, već aktivno uključivanje u vlastiti tretman (kao i obitelji, škole i drugih važnih čimbenika u svakodnevnom životu djeteta). Dakle, omogućava izbore, potiče motivaciju za rad na sebi, daje perspektivu za budućnost. To je važno stoga što bez vlastitog pristanka i motiviranosti za uključivanje u tretman postoje male šanse za njegov uspjeh.

Moguće je, dakle vidjeti da se i u drugim zemljama sručni i znanstveni djelatnici susreću sa sličnim problemima, što predstavlja snažan pokretač za preispitivanje postojećeg i stvaranje novog, a s ciljem poboljšanja kvalitete rada. Stoga ću u nastavku rada izložiti nekoliko modela i pristupa, kako teorijskih, tako i empirijskih, koji se mogu naći u nekim europskim zemljama danas. Budući smo

i sami po mnogočemu najbliži europskim zemljama, vjerujem da će nas zanimati njihova razmišljanja i istraživanja na ovom području. Dakle, radi se prije svega o povezivanju procesa dijagnosticiranja i interveniranja, kako bi se pokušali dobiti odgovori na brojna nerješena pitanja, te kako bi se prevladale nejasnoće oko procesa dijagnosticiranja kao nužno sastavnog dijela u radu s djecom i mladima s poremećajima u ponašanju.

2. Veza dijagnosticiranja i tretmana – prikaz nekoliko stranih pristupa i modela

2.1. Model rada na slučaju – prema B. Mueller-u (1994), Njemačka

Vrijedno je spomenuti model rada na slučaju, novijeg datuma, kojeg u svojoj knjizi »Sozialpädagogisches Können« daje B. Mueller (1994). Autor navodi da je u svakom slučaju potrebno učiniti tzv. Plan pomoći (što je u Njemačkoj zakonska obveza), a kao garancija profesionalnog postupanja s djecom i mladeži s poremećajima u ponašanju. Radi se o potrebi utvrđivanja anamneze, dijagnoze, intervencije i evaluacije, te o zajedničkom pristupu i radu više stručnjaka, kao i o zajedničkom planiranju pomoći s djetetom ili maloljetnikom, a na osnovi utvrđivanja odgojnih potreba, načina pomoći i ostvarenja, te pravovremenog provjeravanja prikladnosti i dalje potrebe izabrane pomoći. Radi se, dakle, o stručnoj i profesionalnoj djelatnosti, koja, iako sadrži »nesigurne pravne pojmove«, kao npr. »odgojne potrebe«, »nužni ciljevi«, »potrebna pomoć« i sl., zahtijeva pojašnjenje i stručan i odgovoran pristup, a time onemogućava nestručnost i neodgovornost.

Autor, dakle govori o 4 razine rada na slučaju, a to su: anamneza, dijagnoza, intervencija i evaluacija. Nekoliko riječi o svakoj od njih.

1. Anamneza, odnosno socijalno-pedagoška anamneza znači pojašnjavanje »odgojnih potreba« konkretnog djeteta ili maloljetnika. Kako bi što bolje naglasio zadaću anamneze autor je predstavlja kao tzv. »pažljivo ophođenje s neznanjem«. Neka radna pravila za anamnezu moguće je ukratko navesti kao:

- upoznavanje slučaja kao slučaja nepoznatog čovjeka
- bolje upoznavanje vlastitog pristupa slučaju
- postavljanje pitanja u smjeru pojašnjenja činjenica s jedne strane i spoznavanja mišljenja i pogleda osobe s druge strane
- uspoređivanje različitih pogleda i područja
- anamneza nije nikada potpuna, niti to treba biti

2. Dijagnoza treba odgovoriti na pitanje »Šta činiti?«, odnosno, kako navodi autor, socijalnopedagoška dijagnoza ide »prema spoznavanju vrste pomoći«. Dakle, ako se utvrdi da postoje odgojne potrebe, potrebno je odrediti vrstu i način pomoći. Radi se o postupku kojim se onemogućava dosadašnje donošenje samovoljnih odluka i koji rad čini provjerljivim i boljim. Neka radna pravila dijagnosticiranja:

- pojasniti šta je za kojeg učesnika u situaciji problem
- pojasniti tko raspolaže sredstvima pomoći
- razjasniti tko odlučuje i određuje o sredstvima i načinima rješavanja problema
- pojasniti očekivanja
- provjeriti rješenja kroz popratne neželjene efekte
- ispitati šta je najhitnije, neodgodivo
- pojasniti nadležnosti
- šta mogu učiniti »ja«, a šta drugi
- izraditi okvirne ponude...

3. Intervencija, smatra autor, ne može započeti dok anamneza i dijagnoza nisu dovršene (nikada do kraja). Radi se o tzv. socijalnopedagoškoj ponudi gdje postoji niz različitih vrsta i oblika pomoći, od tzv. okvirne pomoći do konkretne aktivnosti; od razlikovanja ponuda koje trebaju ići prema mijenjanju situacije do onih koje idu na mijenjanje ponašanja; od materijalnih do nematerijalnih ponuda; od tzv. zahvata do ponude prema zajedničkom radu itd.

4. Evaluacija – stalno, odnosno ravnomjerno i pravovremeno preispitivanje učinaka intervencije i svega što je primjenjeno, sa svrhom utvrđivanja daljih potreba i adekvatnosti interveniranja. Kriteriji koje je potrebno pritom poštovati: kriterij učinkovitosti i djelotvornosti, etički kriterij, kriterij ispitivanja realiteta. Autor navodi i različite vrste, kao i različite kriterije evaluacije, što za potrebe ovog rada nije od značaja.

Autor naglašava da bez obzira o kojoj se vrsti rada na slučaju radi, uvijek treba poštivati sve navedene etape djelovanja, a o konkretnom slučaju će ovisiti opseg i razina potrebnog uvida i konkretan Plan pomoći.

2.2. Interdisciplinarni model klasifikacije i tretmana – prema Van der Doef-u (1992), Nizozemska-Belgija

Radi se o teorijskom modelu klasifikacije i tretmana, tj. polazi se od pitanja da li je moguća integracija između ta dva procesa, odnosno, da li postoji relacija modela tretmana s modelom klasifikacije dječjih poremećaja.

Tim modelom nastojalo se pokriti cijelo bio-psiho-socijalno područje poremećaja dječje dobi i tretmana, što autor čini preporučivanjem jednog interdisciplinarnog modela koji se temelji na elementima slijedećih disciplina: psihijatrije, psihologije, biologije i pedagogije. Svaka disciplina daje specifične informacije koje zajedno čine taj interdisciplinarni model klasifikacije i tretmana. Psihijatrija pojašnjava klasifikaciju poremećaja u djetinjstvu; psihologija daje interpretaciju te klasifikacije; pedagogija naglašava vanjsku, pedagošku okolinu djece, kao i puteve kojima okolina osigurava intervenciju, a biologija specificira proces adaptacije u relaciji s poremećajima u dječjoj dobi. Taj model kojeg predlaže Van der Doef, temelji se na epistemološkom, četverostranom jezičnom modelu predstavljenom od francuskog filozofa M. Foucault-a (1966).

U odnosu na klasifikaciju poremećaja u djetinjstvu, autor je, koristeći brojne izvore, zaključio da središnju važnost imaju slijedeći poremećaji:

1. autizam ili pervasivni razvojni poremećaji
2. deficiti poremećaja pažnje
3. anksiozni poremećaji
4. poremećaji ponašanja

Biopsihološku interpretaciju tih poremećaja autor je prikazao komparacijom razlika i sličnosti među njima (1988), a kako prikazuje slijedeća tablica:

Tablica 1. Biopsihološka interakcija poremećaja
(Biopsychological interaction of disorders)

| Intencionalnost | Adaptacija | |
|-----------------|----------------|------------------|
| | Asimilacija | Akomodacija |
| Kognicija | Autizam | Poremećaj pažnje |
| Emocije | Anksiozni por. | Por. ponašanja |

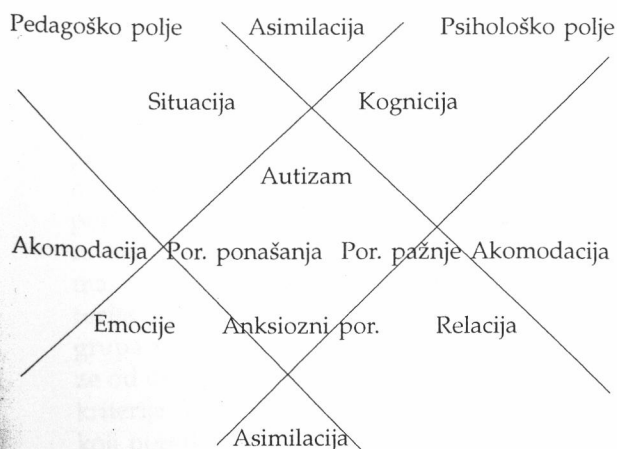
U tom modelu poremećaji djetinjstva u relaciji su s psihološkom funkcijom intencionalnosti i biološkom funkcijom adaptacije. Oba pojma podjeljena su u dva komplementarna djela. Intencionalnost je podjeljena na kognitivno i emocionalno polje, što je u relaciji s ranijim fenomenološkim tradicijama, kao i suvremenijim tradicijama kompjuterske tehnologije i kognitivne psihologije. Adaptacija je podjeljena na asimilaciju i akomodaciju, suglasno teoriji J. Piaget-a. U toj teoriji proces akomodacije opisuje individualnu tendenciju promjenama u odgovoru na zahtjeve okoline, a asimilacija je komplementarni proces u kojem individua inkorporira elemente eksternog svijeta u svoju sadašnju psihičku strukturu. Prema tome, postojeća 4 poremećaja mogu se protumačiti na slijedeći način:

- autizam je u relaciji s kognicijom i asimilacijom jer je problem autistične djece u asimilaciji nove okoline, a te teškoće su rezultat kognitivne nesposobnosti. Organizacija ponašanja autistične djece je rigidna i ritualna. Radi komplementarne

prirode procesa asimilacije i akomodacije, problem asimilacije ima utjecaj i na problem akomodacije. Ono što je kod autistične djece upadno jest rigidna kognitivna struktura te djece koja ih sprečava u inkorporaciji elemenata vanjskog svijeta.

- kod deficita poremećaja pažnje, s druge strane, jest nesposobnost te djece u odgovoru na zahtjeve okoline (akomodacija). Kognitivna osnova tih problema često se ne može lako odvojiti od emocionalnog temelja teškoća djece s poremećajima ponašanja. Tako su poremećaji pažnje i poremećaji ponašanja sindromi koji su često diskutirani u međusobnoj relaciji.
- anksiozni poremećaji i poremećaji ponašanja odnose se na emocionalnu prirodu problema. Anksiozna djeca ne mogu lako asimilirati novu okolinu, pokazuju emocionalne probleme kada trebaju funkcionirati odvojeno od svojih roditelja.
- poremećaji ponašanja – ta djeca su prekinula s društvenim pravilima (krađu, bježe, tuku se, lažu, pale...). Sva ta ponašanja su kontradiktorna s edukacijskim zahtjevima okoline, koji su, prema Piaget-u, na akomodacijskoj strani adaptacije. Kod njih kognitivni deficit može biti prisutan, ali emocionalno odbijanje poslušnosti prema pravilima okoline stoji na prvom mjestu. Tako autor navodi riječi J. Werry-ja (1986), da je teško pobjeći od impresije da su djeca s poremećajima pažnje viđena kao bolesna, neodgovorna za svoje probleme, dok su djeca s poremećajima ponašanja viđena kao loša. Slijedeći tu misao, autor smatra da se takav stav odražava u načinima rada s ta dva problema – poremećaji pažnje prvenstveno su viđeni kroz sisteme pomoći, a poremećaji ponašanja tendiraju upućenosti na sisteme društvene prisile.

Autor nadalje prikazuje interdisciplinarni model klasifikacije i tretmana poremećaja u djetinjstvu, tj. epistemološki model koji se sastoji od 4 elemenata koji su u smjeru kazaljke na satu svrstani u kvadrilateral.



Tako je taj model »popunjen« s 4 diskutirane kategorije ponašanja i 2 epistemološka područja: psihologija i pedagogija. Ta dva polja mogu se shvatiti kao unutrašnji psihološki prostor i vanjski pedagoški prostor. Prelaženje između ta dva polja imenovano je biološkim terminima adaptacije ili ravnoteže u promjenama između individue i njene okoline. Tako su autizam i poremećaji pažnje viđeni kao kognitivni problemi, a poremećaji ponašanja i anksiozni poremećaji, kao emocionalni problemi. Adaptacijska specifikacija spominje se između psihološkog i pedagoškog polja. To mjesto označava prijelaz između unutrašnjeg psihološkog svijeta i vanjske pedagoške okoline. Tako su autizam i anksiozni poremećaji u relaciji s asimilacijom, a poremećaji ponašanja i poremećaji pažnje u relaciji su s akomodacijom. Pedagoško polje podjeljeno je u komplementarne djelove situacije i relacije (prema Stellwag-u, 1970). Tako se odnos između psihijatrijskih i pedagoških kategorija može konceptualizirati na slijedeći način:

- u autizmu i poremećajima ponašanja situacijski izvor tretmana indiciran je zbog teškoća u izgradnji pedagoških relacija s tom djecom. Autistična djeca žive u svom vlastitom svijetu, te je relacija i komunikacija jednosmjerna. Djeca su egocentrična, imaju manjak empatije, ne vide potrebe drugih. Druge percipiraju u svojstvu zadovoljavanja vlastitih potreba, što se može objasniti kognitivnom strukturom kod te djece, te posljedicom hendikepa za emocionalni razvoj. Zato pedagošku situaciju treba držati konstantnom jer su i male varijacije provocirajuće za ovu djecu.
- pedagošku relaciju s djecom s poremećajima ponašanja teško je izgraditi zbog opasnosti od iskorištavanja od strane te djece. Kao i autistična, i ova djeca su egocentrična i primjećuju druge primarno kao prijetnju ili u cilju zadovoljavanja njihovih potreba. Različito od autistične, ova djeca su primarno oštećena u njihovim emocijama, pa se može smatrati da tretman treba temeljiti na emocionalnom odnosu. No, tu je bitno da je dijete kontrolirano situacijskim zahtjevima jer u suprotnom lako slijedi glas svojih frustriranih impulsa i »pokušava uloviti ono što može«. Zato je u tretmanu ove djece bitno nadomjestiti unutrašnju kontrolu s vanjskom kontrolom situacije. Odgovornost je ključna riječ tretmana, a pedagoška situacija je bogat izvor za prakticiranje odgovornosti. Tako se djecu može stimulirati na učenje npr. raspolaganja novcem, slobodnim vremenom i sl.
- za djecu s poremećajima pažnje i anksioznim poremećajima istaknut je model pedagoške relacije kao primarni izvor tretmana. Isticanje relacije ne znači da se situacijski izvori ne koriste. Po-

sebno djeca s poremećajima pažnje trebaju dobro strukturiranu situaciju. No, s tom djecom je ipak moguća otvorena pedagoška realcija i u poziciji su nadoknaditi pedagoške realcije s roditeljima i drugima.

- za djecu s anksioznim poremećajima pedagoška relacija je usmjerena na reduciranje anksioznosti, gubljenje simbiotske veze s roditeljima i pomoć u učenju socijalnih vještina. Kroz pedagoške relacije davati sigurnost.

Ovu raspravu autor završava riječima da taj model dosljedno slijedi pomoć djeci da nađu ravnotežu s njihovom okolinom, a putem termina kognicije i emocija, asimilacije i akomodacije, te pedagoške relacije i situacije, budući je ta ravnoteža izostala ili je poremećena. No, kako zaista naći ravnotežu i raditi u tretmanu, komplicirana je priča koja ne spada u okvire ovog rada i ostaje da bude dorečena u budućnosti. Ipak, važno je naglasiti da je ovdje bilo vidljivo da je moguć odnos između klasifikacije i tretmana dječjih poremećaja i da značajnije više disciplina može biti integrirano u interdisciplinarni model.

2.3. Socijalnopedagoška dijagnoza – prema Mollenhauer i Uhlendorff (1995), Njemačka

Autori se bave prvenstveno pokušajem znanstvenog istraživanja socijalnopedagoške dijagnoze djece i mladeži s poremećajima u ponašanju, te njenog eventualnog povezivanja s tretmanom, ali na teorijskoj razini, što i inače u većini studija ostaje na razini općenitosti i prepoznatljivosti, za sada bez mogućnosti čvrstih tvrdnji i prijedloga iza kojih bi stajali argumentirani prijedlozi i rezultati istraživanja.

Autori smatraju da se rad s djecom i mladeži s poremećajima u ponašanju treba temeljiti na odgovornom planiranju, a ono se treba temeljiti na pouzdanoj dijagnozi koja treba obuhvatiti širok spektar dijagnostičkih operacija i treba se zasnivati na interdisciplinarnom pristupu kako u dijagnosticiranju, tako i u tretmanu. Plan pomoći treba se temeljiti na potrebama djeteta ili maloljetnika i treba sadržavati izvršenje, kao i ravnomjernu evaluaciju predložene pomoći. Sve to zahtijeva detaljnu analizu slučaja, što treba staviti u objektivni kontekst pomoći mladima i, još i dalje – u kulturno-društveni kontekst. Međutim, problemi se, prema autorima, nalaze prvenstveno u postavljanju točnih kriterija koji će omogućiti razlikovanje pojedinih grupa međusobno. Tako u svom istraživanju polaze od definiranja kriterija, odnosno od tzv. kataloga kriterija (u čemu su sudjelovali stručnjaci iz prakse) koji populaciju iz uzorka za istraživanje trebaju razlikovati od drugih grupa djece i mladih. To su sljedeći kriteriji:

- razvoj djeteta ne odvija se prema odgojnom planu
- dijete je kroz duže vrijeme »otkazalo« sve pomoći i brige
- poremećaji u ponašanju su unatoč dužem intenzivnom naporu ostali nepromijenjeni
- osobe koje brinu o djetetu nesigurne su u odnosu s njim, a medicinske, psihološke, psihijatrijske dijagnostičke procjene ne donose razjašnjenje
- dijete se nalazi u opasnoj životnoj situaciji (droga, panker, prostituirajuća okolina, kriminal)
- dijete se približava punoljetnosti, a njegove teškoće su tako značajne da ga se jedino kroz intenzivnu brigu i pomoć može osposobiti za samostalnost
- radi se o akutnoj slici, pa se pretpostavlja da je osoba pod značajnim socijalnim i psihičkim opterećenjem. Postoji nesigurnost oko potrebne konkretne pomoći.
- na temelju svojih teškoća iza sebe ima već više promjena domova
- često bježanje na duže vrijeme iz grupe.

Na taj način su iz različitih vrsta i oblika institucionalnog tretmana dobili uzorak od 70-oro maloljetnika, te je s njima proveden 90 minutni intervju o značajnim životnim događajima, sjećanjima iz djetinjstva, obiteljskim i institucionalnim iskustvima, opisu sadašnje životne situacije, predstavi budućnosti, širim interesima, slobodnom vremenu, teškoćama u ponašanju i kontaktima s vršnjacima. Da bi se dobila nova dimenzija značajna za tumačenje, svi ti podaci kodirani su prvo po područjima (nabrojani su najznačajniji sustemi relevantni za socijalizaciju), a potom su kodirani u 5 dimenzija s određenim obrascima:

1. Vrijeme – podjeljeno je na 3 obrasca:
 - obrazac institucionaliziranog vremena
 - obrazac orijentiran na socijalne odnose
 - obrazac ulomaka (fragmenta)
2. Tijelo – 4 obrasca:
 - tjelesne sposobnosti i uspjeh u odnosu na druge
 - tjelesna slika koja naglašava natjecanje i nadmetanje
 - izjednačavanje tjelesnih nagona i očekivanih interakcija, bez interesa za tjelesnu nadmoćnost
 - odustajanje od uspijeha, natjecanja, koncentracija na vlastitu tjelesnu osjetljivost
3. Samoopis ja – podjeljen u 4 obrasca:
 - opis sebe kroz nagona, impulzivna obilježja; nagonski vođen ja

- konformni samoopis; konformno ja
- »nesigurna« slika sebe
- »samostalna« slika o sebi; samostalno ja

4. Normativne orijentacije – 4 obrasca:

- pasivni; prednost daju »tuđem određenju«, ovisni, nesamostalni
- orijentirani na sebe; socijalne norme su irelevantne; egocentrični
- orijentacija prema konvencionalnim vrijednostima; socijalno-normativna opcija
- eksperimentalni životni stav; žele socijalno-interaktivni kontekst

5. Devijantnosti – 4 obrasca:

- autoagresivno tumačenje
- subkulturalna orijentacija
- agresivni obrazac
- povremeni, prigodni događaji; povremene lake devijacije

Prema autorima, svaki taj obrazac sadrži jakosti i slabosti, odnosno sposobnosti i nedostatke, razliku između »već« i »još ne«. Na taj način dobiva se 15 obrazaca za interpretaciju na osnovi samoiskaza i samoprocjene¹ (tablica 2). Tako dobivene obrasce autori stavljaju u relaciju sa Selman-ovim (1980) razvojnim stupnjevima interpersonalnog razumijevanja², s ciljem da se pokuša doći do argumenata koji bi bili od pomoći u razjašnjavanju tzv. odgojnih zadaća. Treba reći da Selman-ova studija (1980) govori o 5 stupnjeva interakcijskog razvoja i razvoja razumijevanja, kao bitne komponente socijalnih interakcija:

- 0 – isključivo usmjereni na fizičko ja, egocentrični i psihički nediferencirani
- 1 – postoji pojam o unutrašnjem ili psihičkom realitetu
- 2 – između unutrašnjeg i vanjskog postoje stroge razlike
- 3 – postoji koncept »stabilne osobnosti« koja u različitim situacijama ostaje ista
- 4 – individue u interakciji mogu postojati kao kompleksni sistemi.

Prema Selmanu, kategoriju 4 moguće je očekivati tek poslije 15-e godine (mada neka njegova istraživanja pokazuju da mladi s poremećajima ponašanja vrlo rijetko do 15-e godine prelaze 2. stupanj), a 1. stupanj postiže se već kod osnovnoš-

kolaca. Stoga autori smatraju da se maloljetnici iz njihovog uzorka mogu kretati na kontinuumu od 1-3, s jakim odstupanjima.

U tablici 3 moguće je pratiti relacije između Selman-ovih stupnjeva razvoja i obrazaca samotumačenja djece i mladih iz uzorka.

Nakon ovog, kako autori sami kažu, zaobilaznog akademskog puta, potrebno je vratiti se pitanju prakse. Stoga autori uspoređuju međusobno svaki obrazac sa svakim, dovode ih u relaciju s obrascima iskazanih devijantnosti te dolaze do određenih spoznaja i zaključaka o kumuliranju određenih problema koji zahtijevaju posebnu pažnju.

Na taj način autori dolaze do 4 posebno upadne kombinacije obrazaca i kroz to nagomilanih problema:

1. Ka pobudi usmjeren osobni (ego) koncept povezan s uživanjem u tjelesnom dokazivanju, fragmentirana svijest o vremenu, te egoistično-normativna orijentacija. Tipične devijantne norme su: tjelesno nasilje prema osobama, krađa, uživanje alkohola.
2. Suprotnost prethodnoj slici, tj. nesigurno samosagledavanje povezano s visokom tjelesnom osjetljivošću, svijest o vremenu koja se ne orijentira na institucionalne tokove razvoja, već odnosne događaje i slijedi pravi pasivan skrbnički moral. U svojim izjavama o devijantnosti, maloljetnici koji pripadaju ovoj kombinaciji, najčešće izvještavaju o: autodestruktivnim tendencijama (sve do pokušaja suicida), depresijama, bijegu, uzimanju tableta i droga, praćeno osjećajima krivnje.
3. Kombinacija pasivno osnovanog očekivanja da se bude osiguran, orijentacija na institucionalne vremenske obrasce, imajući na umu konformnost, bez nekih jačih vlastitih impulsa. Ovakva kombinacija slabo je dorasla situacijama sa zahtijevnim očekivanjima i to prije svega na planu efekata rada. Ukoliko životna situacija gubi na jasnoći, dolazi do kriminalnih radnji, i u kontekstu vršnjačkih grupa, do prekomjernog uživanja alkohola, do tjelesnih ozljeda. Unatoč tome izvještava se samo o prigodnoj devijantnosti.
4. U zadnjoj kombinaciji koja proizlazi prevladava konformno samoprocjenjivanje. Čini se da tome slabo pristaju tematske, odnosne forme svijesti o vremenu. Vlastita tjelesna slika (doživljaj) ima na umu izravnavanje, uravnoteženje. I ovdje se izvještava samo o prigodnoj devijantnosti. Čini se da u prvom planu stoje intrapsihičke i psiho-

1 Petu kategoriju (Devijacije) autori su izuzeli jer bi se na taj način uveli vanjski kriteriji u prostor samotumačenja i na taj način bili izjednačeni s kategorijama 1-4.

2 Selman-ova konstrukcija po stupnjevima nadovezuje se, s jedne strane na istraživanja Piaget/Kolberg-ove, a s druge strane na istraživanja G. H. Mead, te konačno i na dubinsko psihološkim razmatranjima, a razvojne zadaće implicitno su formulirane slično razvojnom modelu kod Erikson-a.

Tablica 2 – Obrasci za interpretaciju Ega
(Patterns for Ego-interpretation)

| Obrasci za interpretaciju Ega | Sposobnosti (jakosti) | Nedostaci (slabosti) |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vrijeme | | |
| 1.1. Institucionalizirano | Orjentacija na objektivno stanje stvari | Nepostojanje pojma o razvoju osobe, siromaštvo doživljaja, neopuštenost |
| 1.2. Odnosno | Doživljajno zgusnuto, aktivna vremenska koncepcija, pojam individualnog razvoja | Sklonost egocentričnosti, malo »realizma«, nestabilnost, nikakvo planiranje |
| 1.3. Isječci (fragmenti) | Doživljajno zgusnuto | Bez samoreflektiranja, ovisan o podražajima, bez planiranja |
| Tijelo | | |
| 2.1. Probijanje, postizanje svog cilja | Tjelesno samopouzdanje | Mala senzibilnost za interakciju, slaba kontrola nagona |
| 2.2. Natjecanje | Uspjela interakcija, kontrola pobuda, sposobnost planiranja | Bez transfera u svakodnevicu, emocionalno siromašan, instrumentalna tjelesna slika |
| 2.3. Izravnjanje, izjednačavanje | Interakcijska kompetencija, svijest o ograničenjima | Plasljivost, izbjegavanje opterećenja, tijelo bez ekspresije |
| 2.4. Tjelesna osjetljivost | Ekspresivna funkcija tijela | Psihosomatski simptomi, labilnost, ugroženost u odnosu na drogu, sklonost simbiozama |
| Ego | | |
| 3.1. Nagonski | Aktivno ja, priznanje u grupama vršnjaka | Gotovo bez samorefleksije, »autonomija« kao egoistično postizanje svoga cilja |
| 3.2. Konformni | Realistično saooocjenjivanje, senzibilnost za interakciju | Slaba samorefleksija, ovisan o autoritetu, malo vlastitih impulsa |
| 3.3. Nesiguran | Empatičan, refleksivan, jezično kompetentan | Samosumnjičenje, jedva ima osobne koncepte, tendencije rezignaciji |
| 3.4. Samostalan, samosvojan | Jezično kompetentan, obrazloženje postupaka, visoka očekivanja od sebe | Sklonost egocentričnim perspektivama, djelom iluzionistička očekivanja, nestabilno socijalno samolociranje |
| Normativne orijentacije | | |
| 4.1. Pasivna briga | Domaćinski-obiteljska orijentacija | Nesamostalan, ovisan, bez aktivne odgovornosti, jedva ima prijateljstva |
| 4.2. Orijentiran na sebe | Aktivan, sigurnog nastupa | Kognitivno nediferenciran, bez samorefleksije, pokoravanje grupnom autoritetu, jedva ima prijateljstva, kruto konvencionalan |
| 4.3. Efekat rada | Spreman za odgovornost, pravedno očitovanje krivnje, samorefleksivan, spreman za kompromis | Bez rizika i eksperimenata, ritualizirano planiranje budućnosti, pasivno akceptiranje nametnutih normi |
| 4.4. Sporazumijevanje | Izrazita refleksija, empatičan, kritičan prema autoritetu, odbijanje nasilja | Povremeno nerealističan, predstave o budućnosti samo kao odraz (par nekoj slici), diskrepanca između htjeti i moći |

socijalne teškoće međusobnog podešavanja tih raznovrsnih problema.

Iako se najčešće pojavljuju ove 4 kombinacije, potrebno je barem spomenuti i petu:

5. Kombinacija samostalne osobne slike, orijentirana na ravnopravnost pri iznalaženju moralno relevantnih normi, s visokom tjelesnom samoosjet-

ljivošću i svijesti o vremenu u kojoj dominiraju odnosni događaji. Samo 1/10 maloljetnika iz uzorka sadržava ta obilježja. Većinom su to mlađi punoljetnici, sa subkulturnim kontaktima s jedne strane i u opasnosti osamljivanja s druge strane. Čini se da ovdje najteže dolazi do ravnoteže između obrasca samointerpretacije i realističnog odnosa prema svijetu.

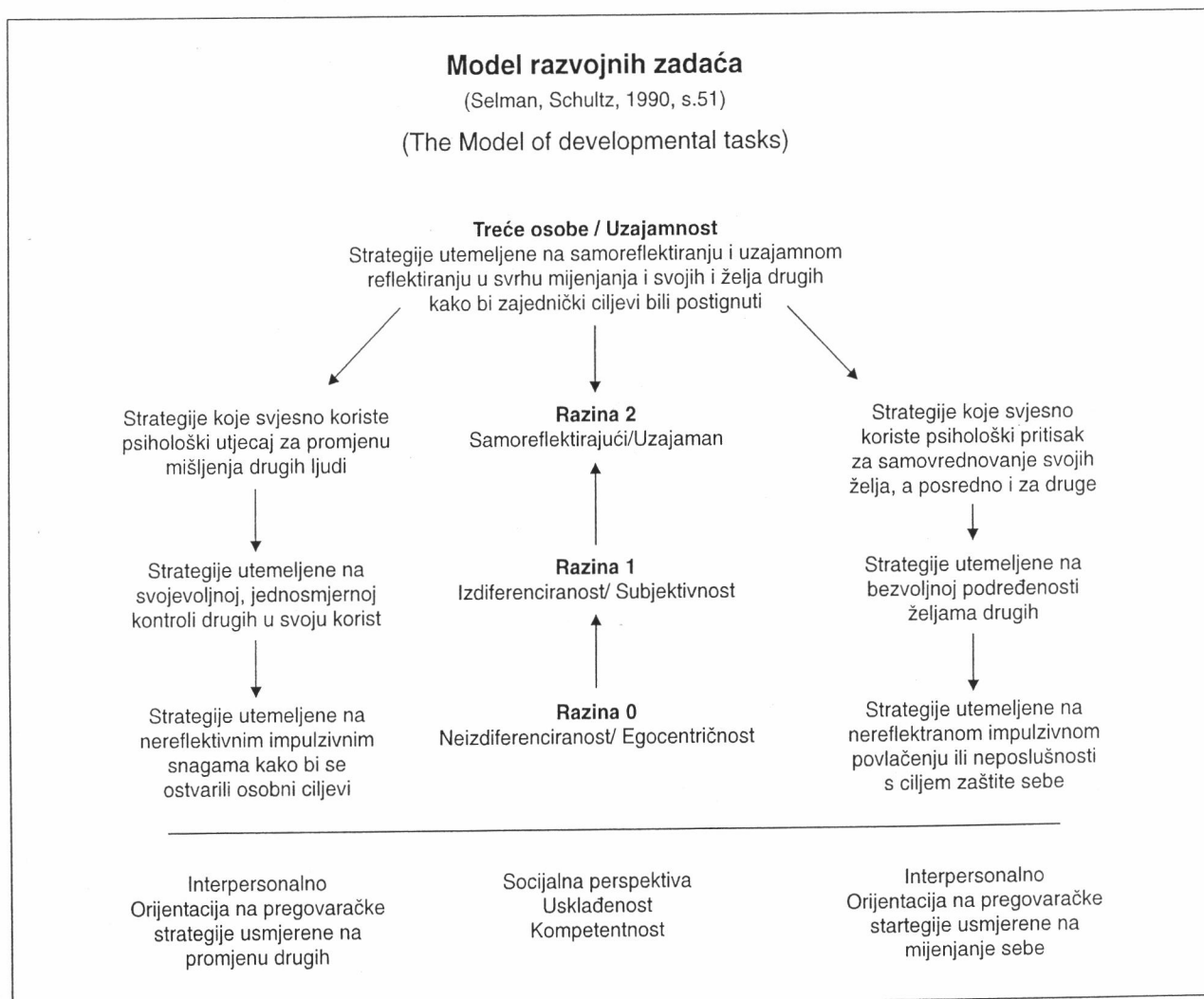
Tablica 3 – Interakcijske kompetencije
(Interaction competencies)

| Interakcijske kompetencije oblikovane u: | Vrijeme | | | Tijelo | | | | Ego | | | | Norma | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|---|--------|---|---|---|-----|---|---|-----|-------|---|---|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Stupanj 1: Egocentrično viđenje problema, vanjsko | - | + | + | - | + | + | + | (+) | + | + | + | (+) | + | + | (+) |
| Stupanj 2: Početak refleksije, odvajanje iznutra i izvana | - | (-) | - | - | + | + | + | - | + | + | + | - | + | + | + |
| Stupanj 3: Koncept osobnosti i razvoja | - | (-) | - | - | - | - | + | - | - | - | + | - | - | + | + |
| Stupanj 4: Kompleksni sistemi, oblikovan iz individue, interakcije, razvoja | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | (+) | - | - | - | (+) |

Napomena: Znak + znači da je unutar svakog pojedinog obrasca za interpretaciju ega sadržana kompetentnost koja odgovara tom stupnja. Znak - znači da se ne nalaze nikakve polazne točke za kompetentnost. Ukoliko znaci stoje u zagradama, tada su bile prepoznatljive samo vrlo lagane tendencije.

Autori, nadalje, raspravljaju o potrebi povezivanja ovih dijagnostičkih kategorija s razvojnim zadaćama i praktičnom pomoći mladima, no kako se pritom nebi izgubili u spekulacijama, u traganju za

takvim odgovorima poslužili su se modelom razvojnih zadaća Selman-a i Schultz-a (1990) koji je proizašao iz njihovih kliničkih iskustva.



Koristeći se tim modelom, autori definiraju tzv. pedagoške zadaće za prethodno definirane kategorije, a one bi ukratko glasile ovako:

1. Obrazovanje tjelesne senzibilnosti za sebe i druge, prepoznavanje motiva drugih, psihičkog diferenciranja, te učenje tolerancije na frustracije.
2. Konfrontacija visoko senzibilnog, psihički diferenciranog samosagledavanja sa stvarnim, svakodnevnim obrascima interakcije; jačanje aktivnih djelovanja; omogućavanje ekspresivno značajnih sposobnosti, iskustva.
3. Posredovanje iskustva s udjelima odgovornosti za druge, s nužnošću psihološkog diferenciranja; učenja, da se vlastite želje mogu staviti u pozadinu, ali također i to, da se vlastite interese planira za dobivanje priznanja.
4. Jačanje aktivnih udjela; spremnosti na rizik, razvoj sposobnosti psihičkog diferenciranja, refleksije vlastitih pobuda i socijalnih očekivanja; označavanje u konturama predodbi o budućnosti u kojima ima mjesta za vlastite projekte.
5. Omogućavanje životnih situacija u kojima bi egocentrizam bez prisile bio smješten u pozadinu; dokazivanje samosvojnosti u dužim vremenskim perspektivama i prihvaćanje vlastite osobe iz perspektive drugih, bez frustracija.

Na taj način autori završavaju svoje istraživanje s napomenom o hitnosti potrebne konkretizacije razvojnih zadaća i socijalnopedagoških intervencija, a što upućuje na potrebu novog istraživačkog projekta.

3. Zaključak

Moguće je prepoznati da je prvi prikazani model, odnosno pristup prvenstveno praktično usmjeren, drugi više teorijski, a treći znanstveno orijentiran. Svaki od njih donosi neke nove ideje i potiče na razmišljanje, te preispitivanje i dogradnju postojećeg. No, svaki od njih, također, nosi važnu poruku, prvenstveno u cilju osvješćivanja težine i odgo-

vornosti s kojom se na ovom području susrećemo, te niza nepoznanica i nedorečenosti koje čekaju odgovore i koje treba uvažavati i rješavati uz punu profesionalnu odgovornost. Odnosno, niti na jednoj od ovih razina »stvari« nisu dorečene, niti jednostavne, mada se može reći da je ipak najteži problem znanstveno istraživanje, posebno socijalnopedagoške dijagnoze, koja nema dovoljno tzv. mjerljivih uporišta i koja je u značajnoj mjeri ovisna o specifičnom društveno-kulturnom okruženju. Stoga se opet vraćamo na pitanja kriterija, klasifikacija, diferencijacija, znanstveno utemeljenih i općeprihvaćenih. Moguće je stoga reći da se proces odlučivanja o interveniranju još uvijek najčešće odvija na razini rada na slučaju, gdje je moguće, kako je prikazano, odgovornim, profesionalnim i timskim pristupom zaštititi dijete i najadekvatnije mu pomoći, dok je to puno teže, mada ne i nemoguće, postići na znanstvenoj razini, o čemu svjedoče i prikazani modeli koji otvaraju nadu i optimizam za znanstveni pristup ovoj problematici.

Literatura

1. Bašić, J., Žižak, A.: Programski aspekti tretmana djece i omladine s poremećajima u ponašanju. Socijalna zaštita. 1992.
2. Keulen, T.P.: Experiential Education as a Running Start to Social Competence. U: Vulnerable Youth in Residential Care. Garant. 1992. Str.87-105.
3. Mollenhauer, K., Uhlenhorff, U.: Sozialpädagogische Diagnosen. Juventa, 1995.
4. Müller, B.: Sozialpädagogisches Konnen. Lambertus, 1994.
5. Sagebiel, E.: Depresivno dijete ili deprimirati znači - tištiti. U: Vinkel, E. (ed): Dijete koje je teško odgajati. Educa, Zagreb. 1996. 185-195.
6. Van den Bergh, P.M.: Information about the Client. U: Vulnerable Youth in Residential Care. Garant. 1992. Str. 45-59.
7. Van der Doef, P.L.M.: Four Features of Child Psychopathology. An Interdisciplinary Model of Classification and Treatment. U: Vulnerable Youth in Residential Care. Garant. 1992. Str. 19-29.

Diagnosis as a Presumption of Treatment

Summary

The paper presents the problem of the diagnostic process in the case of children and adolescents with behavioral disorders as the initial stage in deciding about intervening measures, or more precisely, in making a conscious and responsible choice of adequate treatment, appropriate to the particular disorder and particular individual. This brings us to the problem of individualization and differentiation of treatment, and in connection with this, to the process of diagnosing (which continually provokes numerous criticisms), as well as to the number of uncertainties and unsolved questions. Although majority of experts regard this process as necessary, especially for the beginning of any treatment, but also during its course, both, literature and practice reveal a number of problems which one should take into consideration and try to solve them successfully by using various approaches. To mention just a few: there is no systematic disposition of the society toward this population; there are no generally accepted classifications of behavioral disorders of children and adolescents and in connection with that, no proposed types of differentiated treatment; researches focusing on these problems are very complex, prolonged and expensive; the treatment demands the team approach, which not only requires significant financial means, but also quite often does not give appropriate results; the insufficient range of differentiated treatment... Certainly, the problems are neither small, nor easily solved, but it is not possible to ignore them or desist from trying to find the solutions. The efforts that are being made in that field in number of countries around the world clearly indicate the significance of that problem and the necessity of searching for quality solutions.

In confirmation of the above, this paper brings a short description of three models from other European countries, which try to interrelate the process of diagnosing and intervening for the purpose of adequate selection of proper individual treatment and its effective course.

The first model, presented by Mueller (Germany), is more practically oriented and gives the example of the case work, describing all stages, features and elements of such approach (case history, diagnosis, intervention and evaluation) with practical advices for quality work. Such approach is presently accepted almost everywhere and for the time being, it represents the best (and only) way of determining the need of children and young people with behavioral disorders for concrete treatment.

The second approach is more theoretically oriented and comes from the Dutch-Belgian author Van der Doef. The author tries to present the relation between classification and treatment of disorders in young children through the knowledge of several disciplines integrated into an interdisciplinary model. Thus he uses psychiatric classification of childhood disorders, combining it with psychological interpretations of that classification, with pedagogy which emphasizes the external environment and the ways of intervening, and with biology which specifies the process of adaptation in relation with disorders in early childhood. In this way, the author comes to the certain correlation between categories of classification and appropriate treatment, but, as he himself admits it, the question of how to find a real balance and how to work within a concrete treatment, represents a complicated problem which, for the moment, remains unsolved.

The third model represents a scientific research of sociopedagogical diagnosis (the authors are Millenhauer and Uhlendorf from Germany) which in a similar way as Van der Doef's model tries to solve the dilemmas of classification and treatment, in other words, tries to facilitate and make possible the valid diagnosing and adequate choice of treatment. The study, however, evidences the complexity of such scientific approach which gives only certain schematized and generalized directions for particular classified groups, while the authors themselves underline the urgency of concretization of developmental tasks and sociopedagogical interventions. This indicates the necessity to continue with the research.

This is also the message of this paper, intended to heighten the awareness of certain problems in this field, not to discourage, but rather to encourage all concerned to even more intensive attempts at their solution.

Key words: diagnostic, children and youth, behavioral disorders, treatment